



# Capítulo 1

---

## Abordaje inicial del abdomen agudo ginecológico

**Ana María Quiceno Ceballos**

Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Profesora Departamento de Ginecología y Obstetricia  
Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia



# **XXXI** Curso de actualización en **GINECOLOGÍA** **Y OBSTETRICIA**



## Introducción

El abdomen agudo es un proceso intraabdominal de evolución corta que requiere de una decisión urgente. El cuadro clínico se manifiesta a veces con escasos síntomas y cuyo diagnóstico etiológico presuntivo, ojalá preciso, requiere una intervención temprana, para mejorar su pronóstico.

El objetivo es identificar correctamente el diagnóstico y minimizar el impacto de complicaciones que pueden poner en riesgo la vida de la mujer y su calidad de vida en un futuro, incluyendo su deseo reproductivo.<sup>1,2</sup>

## Claves para el abordaje inicial de abdomen agudo ginecológico

Representa el 5-10 % de todas las consultas en urgencias. Es más prevalente en mujeres en edad reproductiva, respecto a las postmenopáusicas, igualmente la edad de la mujer con dolor pélvico agudo debería orientar hacia ciertos diagnósticos.<sup>3</sup>

Considerar siempre complicaciones del primer trimestre de la gestación, incluyendo embarazo ectópico, en cualquier mujer en edad reproductiva que tenga dolor abdominal con o sin sangrado, se recomienda usar la BhCG en orina que tiene una sensibilidad de 95.3% y especificidad del 100%.<sup>2</sup>

El síntoma de dolor agudo por isquemia o lesión visceral como torsión de ovario, obstrucción intestinal es acompañada normalmente por reflejo autonómico que se manifiesta como náusea, vómito, inquietud y diaforesis.

## Diagnóstico

Hay varias consideraciones que generalmente demoran el oportuno y adecuado manejo de una mujer con dolor pélvico agudo, la principal, es el amplio diagnóstico diferencial.

Es necesario tener en cuenta una amplia gama de enfermedades subyacentes, que puede incluir desde condiciones benignas y autolimitadas, hasta enfermedades potencialmente graves y mortales. También se debe tener presente la superposición de sintomatología que puede sugerir compromiso de un órgano por continuidad a un proceso inflamatorio o evidenciar compromiso de varios órganos, sin poder establecer el origen; por ejemplo, una apendicitis, diverticulitis o inflamación intestinal puede causar dolor anexial. Igualmente, es muy

común encontrar que no haya una clara diferenciación, tanto por historia clínica o incluso por examen físico, que pueda orientar entre patología ginecológica o el compromiso de otros órganos pélvicos o musculoesqueléticos.<sup>1,2-3</sup>

La principal explicación para la dificultad en el diagnóstico de patologías en la pelvis es la inervación pélvica compartida que transmite las señales dolorosas.. Otra muy importante, quizás poco considerada en el enfoque clínico, es su característica subjetiva, que es un síntoma difícil de cuantificar y estandarizar. La percepción de dolor varía y es influenciada incluso por la cultura y la inclinación hacia estilos de vida saludable.

En la literatura científica sobre el tema, se resalta la importancia de considerar las varias etiologías que abarcan desde patologías gastrointestinales, urológicas, ginecológicas, vasculares e incluso musculoesqueléticas pudiendo representar un desafío de diagnóstico en la práctica clínica y que no considera la importancia de un rápido y oportuno manejo en el pronóstico.<sup>1,2-3</sup>

La historia clínica y el examen físico son las herramientas diagnósticas más importantes en el abordaje inicial, ayudan a disminuir el número de diagnósticos diferenciales, necesario para ordenar los apropiados exámenes diagnósticos. Se debe buscar además con la historia clínica precisar las características del dolor: tiempo de evolución, localización, intensidad, irradiación, duración y factores exacerbantes o mitigantes del dolor. Los diagnósticos etiológicos son frecuentemente realizados por los síntomas asociados. Si el dolor pélvico agudo se acompaña de náusea y vómito se debe pensar en apendicitis, pielonefritis o torsión ovárica. La presencia de disuria, aumento de la frecuencia urinaria y la hematuria son sugestivos de desórdenes del tracto urinario. La fiebre asociada a dolor pélvico agudo debe orientar hacia infección o inflamación como apendicitis, enfermedad pélvica inflamatoria y complicaciones como absceso tubo/ovárico o torsión ovárica. El síntoma de mareo y síncope puede orientar hacia embarazo ectópico o quiste hemorrágico roto. Considerar el diagnóstico de torsión de ovario en mujer con historia de quiste ovárico, dolor severo tipo cólico, vómito.<sup>1</sup>

En la presentación clínica de una mujer con sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria, indagar sobre el antecedente de enfermedades de transmisión sexual, flujo vaginal anormal y fiebre. En mujer con historia de dolor pélvico crónico considerar endometriosis y sus complicaciones. Se debe tener en cuenta

los diagnósticos de compromiso musculoesqueléticos de la pelvis como la hipertonia del músculo obturador interno.<sup>1</sup>

En la **tabla 1** se relacionarán algunas claves que pueden llevar al clínico, basados en la historia clínica y los hallazgos al examen físico, con un posible diagnóstico.

Claves clínicas	Posibles diagnósticos
Historia	
<i>Dolor pélvico bilateral</i>	Enfermedad inflamatoria pélvica
<i>Dismenorrea</i>	Endometritis, miomatosis uterina
<i>Dispareunia</i>	Endometriosis, quiste de ovario
<i>Disuria</i>	Enfermedad pélvica inflamatoria, infección de tracto urinario.
<i>Hematuria macroscópica</i>	Calculo renal, infección de tracto urinario
<i>Dolor pélvico izquierdo</i>	Diverticulitis, calculo renal, ruptura de quiste ovárico, hipertonia músculo obturador interno
<i>Dolor a mitad de ciclo menstrual</i>	Mittelschmerz (ovulación dolorosa)
<i>Náuseas y vómito</i>	Apendicitis, torsión ovárica
<i>Dolor que migra periumbilical a cuadrante inferior derecho del abdomen</i>	Apendicitis
<i>Radiación de dolor a la ingle</i>	Calculo renal, torsión ovárica
<i>Dolor pélvico derecho</i>	Apendicitis, calculo renal, torsión ovárica, rotura quiste ovárico
<i>Frecuencia urinaria</i>	Infección de tracto urinario
<i>Sangrado vía vaginal</i>	Embarazo ectópico, miomatosis uterina
<i>Flujo vaginal</i>	Enfermedad pélvica inflamatoria
Examen físico	
<i>Masa anexial</i>	Quiste de cuerpo lúteo, divertículo de colon, embarazo ectópico, endometrioma, quiste folicular, miomatosis uterina, enfermedad pélvica inflamatoria.
<i>Sensibilidad abdominal bilateral</i>	Enfermedad pélvica inflamatoria

Continua en la siguiente página.

# XXXI Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

<i>Sensibilidad a la movilización uterina, anexial o cervical</i>	Enfermedad pélvica inflamatoria
<i>Fiebre</i>	Apendicitis, enfermedad pélvica inflamatoria, pielonefritis
<i>Hipotensión</i>	Embarazo ectópico, rotura de quiste ovárico hemorrágico.
<i>Sensibilidad en cuadrante inferior abdominal izquierdo</i>	Diverticulitis
<i>Sensibilidad en cuadrante inferior abdominal derecho</i>	Apendicitis
<i>Flujo vaginal mucopurulento</i>	Enfermedad pélvica inflamatoria

**Tabla 1. Claves que relacionan historia clínica y examen físico con posibles diagnósticos.** Tomado de Kruszka PS, Kruszka SJ. Evaluation of acute pelvic pain in women. Am Fam Physician. 2010 jul 15;82(2):141-7.

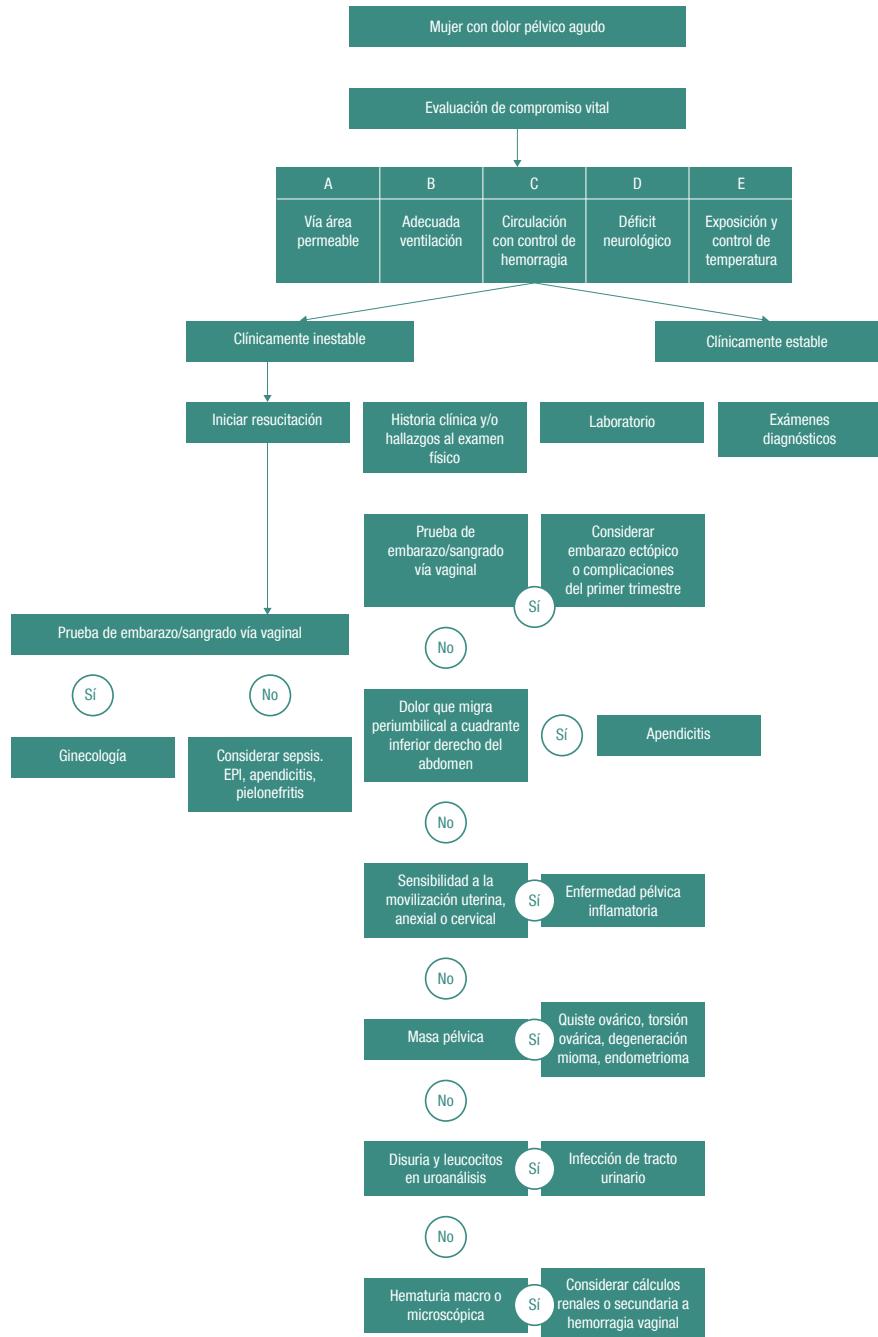
En cuanto a los antecedentes personales, se deben tener en cuenta las consideraciones planteadas en la tabla 2, que

Antecedentes
<i>Cirugías previas abdominales, pélvicas o ginecológicas</i>
<i>Diagnósticos de patologías ginecológicas previas</i>
<i>Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria</i>
<i>Vida sexual activa y de qué tipo</i>
<i>Síntomas en compañero sexual</i>
<i>Aplicación reciente de dispositivo intrauterino o instrumentación pélvica o ginecológica</i>

**Tabla 2. Lista de chequeo de antecedentes.** Tomado de Kruszka PS, Kruszka SJ. Evaluation of acute pelvic pain in women. Am Fam Physician. 2010 jul 15;82(2):141-7

Condiciones urgentes como el embarazo ectópico, la rotura de quiste ovárico, la torsión ovárica, la apendicitis y la enfermedad pélvica inflamatoria deben ser las primeras a ser consideradas en el diagnóstico diferencial. Algunos estudios han demostrado que la enfermedad pélvica inflamatoria, la apendicitis y la rotura de quiste ovárico son las más comunes.

Otros estudios muestran que la precisión del diagnóstico ha mejorado con la introducción de un enfoque algorítmico destinado a reducir el tiempo. Teniendo en cuenta ésta información se propone realizar el siguiente abordaje inicial para el abdomen agudo ginecológico (Gráfico 1).<sup>1,4,5-6</sup>



**Gráfico 1. Algoritmo para la evaluación de abdomen agudo ginecológico.** Adaptado de 1. Borthwick M, Bannaga A, Ashmore A A, Johnson C H N, Arasaradham R P. Preliminary management of acute onset right sided abdominal pain in women BMJ 2022; 376: e068020 doi:10.1136/bmj-2021-068020 2. Kruszka PS, Kruszka SJ. Evaluation of acute pelvic pain in women. Am Fam Physician. 2010 jul 15;82(2):141-7.

## Conclusiones

El diagnóstico etiológico de abdomen agudo ginecológico puede ser desafiante, la prioridad es valorar la posibilidad de patologías que puedan amenazar la vida (ejemplo: embarazo ectópico, apendicitis, ruptura de un quiste de ovario) y condiciones que puedan afectar la fertilidad (ejemplo: enfermedad pélvica inflamatoria, torsión ovárica) que son igualmente las más comunes causas de dolor pélvico agudo. La primera y principal herramienta diagnóstica es una historia clínica detallada enfocada en las características del dolor, revisión por sistemas, historia sexual, social y ginecológica, en adición a un juicioso examen físico que ayude a reducir los múltiples diagnósticos diferenciales.

Un alto índice de sospecha debe ser tenido para enfermedad pélvica inflamatoria cuando otras patologías han sido descartadas, porque la presentación es variable y la prevalencia puede llegar a ser alta.

Dada la cantidad de diagnósticos diferenciales en el abdomen agudo ginecológico la precisión diagnóstica se podría lograr con una aproximación algorítmica que nos ayuda a disminuir los tiempos, el esfuerzo y los sesgos de disponibilidad en la práctica clínica.

Pain by Resident Trainees in Japan: A Cross-sectional Study. Intern Med 2020; 59:1257-1265 <<https://doi.org/10.2169/internalmedicine.3526-19>

**6.** Kendall JL. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. UpToDate® 2016 [Internet]. [cited 2016 Feb 24].

## Bibliografía

- 1.** Kruszka PS, Kruszka SJ. Evaluation of acute pelvic pain in women. Am Fam Physician. 2010;82(2):141-7.
- 2.** Borthwick M, Bannaga A, Ashmore A A, Johnson C H N, Arasaradnam R P. Preliminary management of acute onset right sided abdominal pain in women BMJ 2022; 376: e068020 doi:10.1136/bmj-2021-068020
- 3.** Alice E.J. Stickland, Christian Phillips, Gynaecological causes of acute abdominal pain, Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, Volume 31, Issue 2, 2021, Pages 48-52, ISSN 1751-7214,<https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2020.12.005>.
- 4.** Mamede S, van Gog T, van den Berg K, et al. Effect of availability bias and reflective reasoning on diagnostic accuracy among internal medicine residents. JAMA 304: 1198-1203, 2010
- 5.** Kaori A, Fukomori N, Anzai K, Yamashita S-I. The Diagnostic Process for the evaluation of Acute Abdominal